

**A propos de la fièvre de dent
du nourrisson et des erreurs de diagnostic
qu'elle entraîne**

THESE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Février 1942

PAR

Victor COHEN-SOLAL 23 FEV 1942

Chirurgien-Dentiste

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

MEMBRES DU JURY...	{	MM. DALOUS, <i>Président.</i>	{	
		SOREL R.		
		FABRE J.		Assesseurs.
		CADENAT		
		GADRAT, <i>Suppléant.</i>		

IMPRIMERIE TOULOUSAIN (LION RAOUL)

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1942

COHEN-SOLAL (Victor). —

A propos de la fièvre de dent
du nourrisson et des erreurs de
diagnostic qu'elle entraîne. —

Toulouse, Impr. Toulousaine,
1942, in-8°, 32 pages.

(Thèse méd., Toulouse, 1942, n° 1)

COHEN-SOLAL (Victor). —

A propos de la fièvre de dent
du nourrisson et des erreurs de
diagnostic qu'elle entraîne. —

Toulouse, Impr. Toulousaine,
1942, in-8°, 32 pages.

(Thèse méd., Toulouse, 1942, n° 1)

COHEN-SOLAL (Victor). —

A propos de la fièvre de dent
du nourrisson et des erreurs de
diagnostic qu'elle entraîne. —

Toulouse, Impr. Toulousaine,
1942, in-8°, 32 pages.

(Thèse méd., Toulouse, 1942, n° 1)

COHEN-SOLAL (Victor). —

A propos de la fièvre de dent
du nourrisson et des erreurs de
diagnostic qu'elle entraîne. —

Toulouse, Impr. Toulousaine,
1942, in-8°, 32 pages.

(Thèse méd., Toulouse, 1942, n° 1)

**A propos de la fièvre de dent
du nourrisson et des erreurs de diagnostic
qu'elle entraîne**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154011_0103

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1942

N° 1

A propos de la fièvre de dent du nourrisson et des erreurs de diagnostic qu'elle entraîne

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en Février 1942

PAR

Victor COHEN-SOLAL

Chirurgien-Dentiste

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

MM. DALOUS, *Président.*

SOREL R.

FABRE J.

CADENAT

GADRAT, *Suppléant.*

Assesseurs.

MEMBRES DU JURY....

IMPRIMERIE TOULOUSAIN (LION RAOUL)

2, RUE ROMIGUÈRES, 2

1942

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.		MM.
Doyen.	GORSE.		
Assesseur.	GARIPUY.	Professeurs honoraires.	
Doyen honoraire.	BARDIER.		
			MM. MARI MOREL BEZY. TAPIE ESCAT RISPA SOREL MOOG. MERIEL CAUBE RIBAU DAMBI MAURI

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Anatomie.	N...	Hydrologie thérapeutique et cli-	
Histologie et embryologie.	ARGAUD.	matologie.	ROQUE
Pathologie interne.	SERR.	Pharmacie.	CAUJO
Hygiène et Médecine préventive.	LAFFORGUE.	Matière médicale.	N...
Clinique médicale.	DALOUS.	Clinique obstétricale.	GARIP
Clinique chirurgicale infantile et	TAPIE (J.).	Physiologie.	SOUL
orthopédie.	LEFEBVRE.	Clinique chirurgicale et du	
Clinique chirurgicale et gynéco-		Cancer.	MIGIN
logique.	N...	Clinique des maladies des voies	
Clinique médicale infantile et	SOREL (R)	urinaires.	N...
puériculture		Pharmacodynamie.	BUGN
Clinique de neurologie et de psy-	RISER.	Clinique des maladies cutanées et	
chiatric.	GORSE.	syphilitiques.	NANTA
Clinique ophtalmologique.	N...	Anatomie médico-chirurgicale . .	CLERM
Physique biologique et médicale.	N...	Pathologie chirurgicale.	N...
Chimie et Toxicologie.	N...	Anatomie pathologique et patho-	
		logie générale.	SENDR
		Histoire naturelle	DELAS

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves		Bactériologie.	ANDRI
sage-femmes.	GARIPUY.	Microbiologie.	BOUIS
Cours d'anatomie physiologique		Clinique de la Tuberculose.	MORE
et pathologie élémentaire aux		Anatomie.	THOM
élèves sages-femmes.	QUILHEM.	Pharmacie.	LAZOR
Chimie pathologique.	VINCENT.	Botanique et Cryptogamie.	CAUJO
Chimie biologique.	VINCENT.	Chimie analytique.	M ^{lle} M
Chimie minérale.	VALDIGUIE (P).	Médecine expérimentale.	BLAN
Stomatologie.	CADENAT.	Pathologie chirurgicale.	GADRA
Physique Pharmaceutique.	BUGNARD.	Chimie organique	DAMBR
Dermatologie et syphiligraphie .	BOUNHOURE	Hydrologie et géologie.	CAUJO
Législation pharmaceutique.	BOUISSET.	Matière médicale et toxicologie . .	ASTRE
Oto-rhino-laryngologie.	CALVET.		VINCEN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Histologie.	CALVET.	Chirurgie.	BOUL
Physiologie.	BAISSET.		FABRE
	MOREL (L.).		VIREN
	ANDRIEU.		DAMBRIN
	MERIEL (P.).		DIEULAFE
Médecine.	PLANQUES.	Obstétrique.	QUILH
	FABRE (J.).	Ophtalmologie.	CALM
	GADRAT. Ch. de f.	Chimie médicale.	VINCE
		Physique médicale.	DUBO
		Chimie	VALDIG

Secrétaire de la Faculté. M. DUCROS.

A LA MEMOIRE DE MON VENERE PERE

A MA MERE BIEN-AIMEE

Témoignage de ma piété filiale.

A MES FRERES, A MA SŒUR

A MA FEMME

Témoignage d'indéfectible attachement.

A MADAME LE DOCTEUR EBED (du Caire)

et à sa Fillette

Témoignage d'affectueuse amitié.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DALOUS

Professeur de clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur de
présider cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur de Clinique Médicale infantile et puériculture

Qui nous a guidé de ses conseils. Témoi-
gnage de notre vive reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR CADENAT

Chargé de cours à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FABRE

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR GADRAT

Chargé de fonctions à la Faculté

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Bordeaux :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CAVALIE, *in memoriam*

Paris

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS, *in memoriam*

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR DE MASSARY

MONSIEUR LE DOCTEUR COUSTAING, *in memoriam*

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVEUF

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEBILEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL GARNIER

MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR CATHALA

MONSIEUR LE DOCTEUR B. WEILL-HALLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEITZ-BOYER

MONSIEUR LE DOCTEUR P.-E. WEIL

Introduction

Mon premier maître en stomatologie, le regretté Professeur CAVALIÉ (de Bordeaux) disait dans son cours en 1923 :

« La fièvre de dent du nourrisson n'existe pas; et quand un médecin porte ce diagnostic, il le fait pour cacher son ignorance ».

C'est en ces termes avec sa fougue oratoire habituelle qui semblait s'exalter devant l'auditoire fidèle à ses leçons, que le grand maître de la stomatologie française mettait en garde ses élèves contre un diagnostic qu'il considérait comme dangereux parce que trop facile à émettre dans un cas clinique apparemment difficile.

Tout en reconnaissant ce qu'il y a de trop absolu dans cette affirmation il faut dire que, souvent, en présence chez un nourrisson d'une fièvre inexpiquée et de malaises vagues dont il ne trouve pas la cause, le médecin embarrassé rattache le syndrome morbide à une éruption dentaire concomitante.

Ce diagnostic satisfait l'entourage du petit malade qui accorde spontanément une grande importance à cet accident et se hâte toujours de prévenir le médecin que l'enfant « fait ses dents ».

Et nous nous proposons dans les pages qui vont suivre de montrer combien, au contraire, le médecin doit se méfier de ce diagnostic; comment, par un interrogatoire serré et prolongé, par un examen minutieux, au besoin complété par des renseignements de laboratoire, le praticien peut et doit corriger sa première impression clinique et découvrir une affection dont le pronostic est parfois sévère et instituer la thérapeutique judicieuse au grand bénéfice de son petit malade.

Ainsi il découvrira quelquefois une otite latente dont on connaît les complications redoutables, une tuberculose à la période allergique qu'il serait grave de méconnaître, une pyurie si souvent ignorée, une fièvre typhoïde même, accessoirement une affection digestive banale; cette prétendue fièvre de dent lui fera découvrir fortuitement une diathèse spasmodique.

Aussi nous insisterons surtout sur les affections plus ou moins latentes, dont la symptomatologie peut dérouter le médecin et qui, évoluant lors d'une éruption dentaire, peuvent donner le change avec une fièvre de dent banale. C'est principalement l'erreur commise souvent par le praticien au lit du malade que nous avons en vue pour montrer qu'un examen complet, — avec otoscopie, cuti-réaction à la tuberculine, analyse cyto-bactériologique des urines, etc. — permet souvent de redresser un diagnostic hésitant et influencé trop fréquemment par l'examen d'une gencive tuméfiée, rouge qui semble tendre la perche au médecin embarrassé.

La fièvre de dent du nourrisson

Eh tout d'abord qu'est-ce que la fièvre de dent ?

On désigne sous ce nom tous les accidents qui, anormalement, peuvent accompagner l'éruption des dents temporaires; le plus souvent, en effet, cette éruption, phénomène physiologique consistant en un travail de résorption de la cavité osseuse et de la muqueuse gingivale, s'accomplit silencieusement sans phénomènes hyperhémiques ni douloureux.

Rappelons que vers le 6^e mois apparaissent d'abord les deux incisives médianes inférieures; puis, entre le 8^e et le 12^e mois les quatre incisives supérieures. De 12 à 18 mois les premières petites molaires font leur éruption, suivies entre les 18^e et 24^e mois par la sortie des canines. Enfin, plus tardivement, vers le 30^e mois, la denture temporaire se complète par les quatre dernières petites molaires.

Ce travail intense, que les mamans inquiètes, observent avec soin par suite des préjugés populaires qui attribuent à cette « poussée dentaire » une influence si considérable sur la santé de l'enfant, est cependant le plus souvent sans histoire.

Pourtant des accidents éclatent dans quelques cas.

L'irritation des filets nerveux du trijumeau au niveau des gencives détermine des phénomènes réflexes; l'influx nerveux parti des filets périphériques de la V^e paire se réfléchit au niveau du bulbe pour gagner par le système parasymphatique différents étages de l'organisme : « le trijumeau est le plus algogène et le plus réflexogène des nerfs craniens ». (L. FREY, *Maladie de la bouche et des dents*).

Alors :

a) Localement, on constatera de l'hyperémie et du gonflement des gencives, de la rougeur des joues (feux de dents) une salivation exagérée; parfois l'érosion de la gencive facilite l'infection de la muqueuse gingivale et du sac folliculaire soit, directement par l'ouverture du sac, soit, indirectement, par le « gubernaculum dentis » devenu perméable (FARGIN-FAYOLLE): il en résulte de la fièvre plus ou moins élevée, plus ou moins variable accompagnant une gingivite légère ou intense, une stomatite diffuse, parfois l'apparition de quelques ganglions sous-maxillaires.

(Remarquons que les ostéo-périostites lors de la première dentition sont exceptionnelles et se montrent par contre quelquefois lors de l'éruption des dents permanentes de remplacement).

On pourra noter quelquefois un léger enchièvrement par suite de l'irritation des filets nerveux des incisives centrales supérieures qui passent sous la muqueuse du plancher des fosses nasales.

La douleur gingivale, accompagnée ou non de fièvre, déterminera de l'agitation, des cris, de l'insomnie qui retentissent plus ou moins sur la santé du nourrisson.

b) A distance les manifestations réflexes se traduisent

par des phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires des muqueuses digestives et respiratoires, causes d'angines, de troubles gastro-intestinaux, de toux, de bronchite. Parfois l'intensité des réactions nerveuses sera telle qu'elle déterminera des convulsions.

Dans ce tableau présenté par le nourrisson notons, outre la fièvre, la variabilité et la diversité des symptômes qui peuvent égarer le médecin; mais parfois aussi ces mêmes symptômes dépendant d'autres affections plus ou moins graves sont rapportés à tort à une fièvre de dent et c'est contre cette tendance fâcheuse, qui peut réserver des surprises désagréables, que nous nous élevons dans la suite de cet exposé.

La fièvre de dent et l'adénoïdite du nourrisson

Très fréquemment on présente au médecin un nourrisson pour une fièvre irrégulière à grandes oscillations qui semble résumer à elle seule toute la maladie : l'auscultation des poumons ne montre encore rien d'anormal; pas de troubles digestifs: la nutrition de l'enfant est bonne: rien du côté du système nerveux: aucune éruption suspecte.

Cependant, il se cache quelque chose derrière cette fièvre: si l'enfant est généralement reposé dans la matinée, l'après-midi, le soir, il s'agite et pleure, les nuits sont mauvaises; et ce qui trouble encore l'entourage ce sont les reprises continues de l'affection qui peut durer une semaine ou deux. Si alors par coïncidence des dents font leur apparition, le médecin dira-t-il : fièvre de dents ?

C'est justement ce diagnostic trop facile qui constitue l'écueil à éviter, car si on examine l'enfant de plus près on remarquera un jetage nasal muqueux ou muco-purulent ou même sanguinolent s'il y a participation du bacille de Loëffler, avec des bords narinaires enflammés, une lèvre supérieure sale et brillante.

Bien entendu, on abaisse la langue pour regarder la gorge : on ne remarque rien ; les angines sont rares en effet au cours de la première année (elles sont même exceptionnelles avant six mois).

Tout s'explique cependant si l'on pense à l'adénoïdite ou inflammation du tissu adénoïde du naso-pharynx (remarquons que ce ne sont pas encore de véritables végétations adénoïdes qui n'apparaissent que plus tard). Alors on comprend pourquoi la fièvre s'est allumée, pourquoi l'inflammation gagnant par propagation centrifuge déterminera du jetage nasal, de la toux, puis par propagation descendante soit de la bronchite, soit de l'entérite et surtout — complication redoutable à cet âge — la propagation locale à l'oreille par trompes largement ouvertes : l'otite.

Le diagnostic de l'adénoïdite, surtout au début, est difficile : il ne pourra se faire d'une façon certaine que par la constatation de sécrétions muco-purulentes qui tombent du cavum et tapissent la paroi postérieure du pharynx ; ces sécrétions doivent apparaître juste au moment où le médecin examine la gorge de l'enfant, faute de quoi, le diagnostic restera en suspens et l'éruption concomitante d'une dent pourra être considérée trop facilement comme responsable de tout le mal. Et cependant de quelle importance est ce diagnostic !

En effet, la possibilité d'une rhinite diphthérique (fréquente au cours de la première année, alors que l'angine de même nature est encore rare) confirmée par l'examen bactériologique et la rhinoscopie antérieure, expliquera l'altération persistante de l'état général venant compliquer et aggraver parfois une broncho-pneu-

monie intercurrente qui, de ce fait, devient traînante retentissant fâcheusement sur la nutrition de l'enfant.

Mais surtout l'adénoïdite traîne à sa suite la complication plus grave à cause de sa latence et qui de ce fait reste méconnue par le praticien non habitué à l'examen otoscopique : l'otite.

Chez le nourrisson aussi bien que chez le tout jeune enfant l'otite est *latente, muette*, donc, souvent méconnue jusqu'au jour où la maman remarquera des taches de pus sur l'oreiller (*signe de l'oreiller* de Laurens), premier indice révélateur de l'otite et fera faire au médecin un diagnostic rétrospectif; on s'explique alors la fièvre, l'amaigrissement, la diarrhée, les cris, les mouvements de la tête. Mais le spécialiste recherchera, dès le début, le fameux signe du cou qui amène ce réflexe de la tête quand la main qui palpe le cou s'approche de l'oreille malade: surtout il regardera le tympan sur lequel peu de choses d'ailleurs attirent l'attention : la membrane est plus inclinée, elle ne bombe pas toujours, elle n'est pas toujours rouge comme chez l'adulte, mais parfois simplement vascularisée, grisâtre, dépourvue de triangle lumineux. La paracentèse faite à temps amènera un écoulement abondant et prolongé de pus, la rétrocession de tous les symptômes morbides, surtout les symptômes méningés : vomissements, convulsions, etc. Ce sont les *rescapés* de méningite de Laurens.

Fréquemment, en effet, en l'absence d'une paracentèse du tympan, l'infection se propage à la mastoïde qui est normale, non douloureuse, même pas à la pointe comme dans les otites moyennes aiguës un peu vio-

lentes à leur début. Alors la mastoïdite présente deux formes chez le jeune enfant : ou bien, l'évolution se fait vers l'extérieur, le pus perfore l'apophyse sans grand fracas et un beau matin le petit malade se réveille avec un gonflement rétro-auriculaire; ou bien, au contraire, l'évolution se fait vers l'intérieur : la corticale interne ne résiste pas; c'est la méningite d'emblée, rare heureusement; dans ce cas, on arrive trop tard, c'est l'otite qu'il fallait découvrir à son début.

Donc pour résumer ce chapitre nous dirons que trois étapes jalonnent l'infection partie du naso-pharynx : l'adénoïdite qui reste très souvent ignorée, puis sa complication, l'otite, muette chez le nourrisson, enfin la mastoïdite qui s'extériorise par un gonflement rétro-auriculaire ou par l'accident méningé rapidement mortel.

Pour illustrer par un exemple à quel point l'otite chez l'enfant peut être latente je rapporterai l'observation suivante que me communique un confrère spécialisé en oto-rhino-laryngologie.

Il s'agit de son propre enfant, âgé de cinq ans (chez le nourrisson la latence de l'otite est encore plus grande) qui, après une infection grippale légère, fait remarquer qu'il entend dans la chambre où il repose des bruits insolites; ces bruits traduisent des bourdonnements et cependant l'enfant n'accuse aucune douleur; mais la fièvre est encore à 38°5. Aussitôt le père examine les tympans qu'il trouve gris, infiltrés. Les deux tympans sont incisés et l'écoulement de pus persista près d'une quinzaine. Le soir même la température retombait à la normale,

Il est évident que dans ce cas un médecin non spécialisé n'aurait pas pensé à une otite sur ce symptôme aussi banal qu'un bourdonnement au cours d'une grippe et les complications auraient évolué à bas bruit.

La fièvre de dent et l'infection tuberculeuse

Sur le même plan que l'adénoïdite et ses complications nous envisagerons, à cause de la gravité du pronostic, l'infection tuberculeuse chez le nourrisson. Celle-ci est presque toujours due à la contagion familiale. Une fois le nourrisson infecté, le bacille de Koch dans la place, l'évolution du processus tuberculeux se traduira par des manifestations cliniques variables.

Pour les étudier il faut systématiquement, chez tout nourrisson suspect d'infection tuberculeuse, pratiquer une cuti-réaction à la tuberculine. Cette cuti-réaction, découverte à Vienne par VON PIRQUET en 1907, vulgarisée en France depuis 1908 par MARFAN, a montré la fréquence de la tuberculose au cours de la première année. Positive, elle traduit l'infection bacillaire, mais de plus, ainsi que le fait remarquer le professeur MARFAN dans sa clinique sur la tuberculose des jeunes enfants : une cuti-réaction positive au cours de la première année traduit toujours une infection tuberculeuse en évolution ; positive au cours de la deuxième

année elle traduit fréquemment, mais pas toujours, une tuberculose en évolution.

De cette constatation découle l'importance pour le médecin, de saisir, chez un nourrisson, le moment où la cuti-réaction d'abord négative, pendant la période anté-allergique, va devenir positive à la période allergique.

Or, cliniquement, la première période est silencieuse et le début de la seconde peut également rester muette. Assez souvent, cependant, la fin de la période anté-allergique et le début de la période allergique se traduisent par une symptomatologie discrète : c'est au moment du *virage* de la cuti-réaction qu'on peut alors relever quelques signes cliniques qui, pour un esprit averti, peuvent faire redouter l'infection tuberculeuse. C'est une fièvre légère qui reste inexpiquée, une anorexie d'apparition récente, une anémie encore légère, quelques troubles digestifs vagues, une diarrhée banale par exemple, un arrêt de la courbe pondérale; ces symptômes, pris isolément ne traduisent qu'un malaise vague, leur ensemble doit aiguiller le médecin vers le bon diagnostic.

Si, alors, à ce moment, survient l'éruption d'une dent de lait, on peut être tenté de lui attribuer tout le mal. Mais le médecin devra se montrer un clinicien avisé et, par une enquête familiale, un interrogatoire prolongé, chercher la contagion tuberculeuse possible dans l'entourage du nourrisson. Une cuti-réaction positive chez l'enfant confirmera son impression clinique ce qui permettra de prendre la première mesure urgente qui s'impose : l'éloignement du tuberculeux infectant ou le placement de l'enfant dans un milieu sain.

Pour illustrer par un exemple comment l'éruption

d'une dent de lait peut faire errer le diagnostic, je rapporterai l'observation suivante que j'ai relevée dans le service de mon maître, M. WEILL-HALLÉ, en août 1931.

Un nourrisson de 7 mois est amené dans le service par ses grands-parents à qui il avait été confié, la mère de l'enfant travaillant au dehors ne pouvant lui assurer ses soins pendant la journée. L'enfant, né à terme, nourri au biberon avait eu jusque-là une croissance à peu près normale, sans incidents, quand, il y a une quinzaine de jours des troubles digestifs apparurent, puis l'enfant devenait de plus en plus anorexique et perdait peu à peu sa vivacité; les nuits étaient agitées. A ce moment la gencive inférieure, au niveau du frein de la langue, rougissait. Bien entendu on attribua tout le mal à cette poussée dentaire à son début, à l'irritation et à la douleur provoquées par cette gencive qui ne s'ouvrait pas encore. Un médecin consulté ordonna des frictions avec un collutoire; les deux incisives médianes inférieures font enfin leur apparition. Mais, contrairement à l'attente du praticien, le tableau clinique présenté par l'enfant, loin de s'améliorer s'aggravait de plus en plus, l'enfant abattu s'endormait souvent dans la journée; et à l'entrée dans le service, nous sommes en présence d'un enfant légèrement cyanosé présentant une somnolence permanente, un peu amaigri et déshydraté. La température est aux environs de 38°. Rien à l'auscultation des poumons; le foie et la rate semblent normaux. Par contre l'attention est tout de suite attirée par la tension de la fontanelle antérieure. Une ponction lombaire pratiquée aussitôt donne issue à un liquide clair, eau de roche et l'examen microscopique

montrait une lymphocytose légère et la présence de nombreux bacilles de Kock. Et l'enfant meurt dans les 48 heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie avait été refusée, mais on apprit à la suite de l'enquête menée par l'Assistante sociale du service que le grand-père était un vieux tousseur et qu'il avait eu une pleurésie séro-fibrineuse au régiment.

Cette observation montre à quel point l'éruption d'une dent de lait peut induire en erreur un praticien et comment le tableau d'une infection aussi grave qu'une tuberculose en évolution aboutissant à une méningite tuberculeuse pouvait être « camouflé » par un accident aussi banal et aussi bénin que l'éruption d'une incisive temporaire !

La fièvre de dent et la pyurie du nourrisson

La pyurie chez le nourrisson est une affection fréquente mais elle est souvent méconnue et c'est ce qui fait que ce syndrome paraît rare.

Si, en effet, en présence d'un adulte l'examen clinique est presque toujours complété par une analyse des urines, par contre au cours de l'examen d'un nourrisson, ce « geste réflexe » est presque toujours négligé (La Pédiatrie pratique, VACHER-COLLOMB, 15 décembre 1938)

La pyurie est corrélative le plus souvent à une infection intestinale et en présence d'un nourrisson qui vomit, qui a de la diarrhée on pose le diagnostic d'entérite ou de diarrhée fébrile. On négligera l'examen cyto-bactériologique des urines et cependant il n'est pas difficile de recueillir les urines d'un nourrisson : chez le petit garçon il suffit d'introduire le pénis dans un tube stérile; chez la fillette on introduit une petite sonde métallique dans la vessie.

On recueillera alors une urine présentant un aspect moiré mais encore claire à la phase présuppurative, puis une urine franchement trouble, parfois fétide à la

période suppurative. On y trouve le plus souvent du colibacille.

Le tableau clinique réalisé par cette pyurie est variable et n'a rien de caractéristique; si, parfois, le nourrisson présente des troubles digestifs marqués, cédant difficilement aux modifications du régime, accompagnés de poussées fébriles avec aspect d'un infecté, pâleur, yeux excavés, déshydratation avec phénomène du pli cutané, chute de poids, ce qui conduit le petit malade à l'athrepsie; par contre, il existe des cas où le tableau clinique est banal; si les troubles digestifs sont constants, la température, capricieuse, peut être normale, les phénomènes nerveux sont plus ou moins accentués, en somme tout déroute le médecin et l'erreur de diagnostic est facile à commettre.

Si pendant l'évolution de cette affection survient une poussée dentaire assez vive, alors en l'absence d'un examen d'urine on est tenté d'attribuer les symptômes observés aux accidents buccaux : le médecin passera à côté du diagnostic.

Et cependant cette pyurie est souvent grave : si, dans quelques cas, elle peut guérir spontanément en une à trois semaines, par contre des rechutes se produisent souvent, aboutissant à un état de cachexie colibacillaire conduisant à la mort un nourrisson devenu athrepsique.

C'est qu'en effet, l'infection intestinale est tenace chez ces malades, car elle est conditionnée elle-même souvent par une rhino-pharyngite, une adénoïdite, une otite, une affection pulmonaire. Le traitement doit donc viser à tarir d'abord cette source première d'infection, les troubles digestifs obéiront mieux alors aux tentatives thérapeutiques visant le régime.

Remarquons qu'ici, comme chez l'adulte, la colibacillurie fait partie du syndrome général étudié par HEITZ-BOYER sous le nom de syndrome entéro-rénal. On pensera à ce syndrome chez le nourrisson quand l'interrogatoire de la maman apprendra que l'enfant mouille ses couches, surtout la nuit, d'une façon anormale ainsi que le fait remarquer mon maître HEITZ-BOYER.

Enfin, pour peu que le syndrome récidive fréquemment, on notera quelquefois sur les langes un dépôt finement granuleux, jaunâtre d'acide urique, des graviers ou de petits calculs : « le syndrome entéro-rénal est le syndrome lithogène par excellence » a écrit HEITZ-BOYER.

On voit par là combien il est utile de porter ce diagnostic de pyurie et de ne pas l'attribuer par exemple à une fièvre de dent quand les symptômes, concomitants de celle-ci semblent tenir le premier rang en présence d'un tableau encore fruste de colibacillurie.

La fièvre de dent et quelques affections bénignes du nourrisson

Une éruption dentaire difficile, prolongée avec tuméfaction et rougeur un peu anormales pourront retentir parfois sur la santé du nourrisson : l'enfant est grognon, crie, pleure, les nuits sont mauvaises, un léger fébricule peut apparaître avec quelques troubles digestifs concomitants.

Dira-t-on fièvre de dents et arrêter là l'examen du petit malade ?

Nous pensons, au contraire, que l'interrogatoire de la mère portant sur le régime alimentaire de l'enfant, l'évolution des symptômes, l'examen macroscopique des selles et un examen plus attentif du malade permettront parfois d'apporter d'utiles renseignements pour la thérapeutique.

Ainsi le praticien, tout en n'attribuant à l'évolution dentaire que l'importance qu'elle mérite, concluera parfois à une fièvre de lait sec, à une fièvre par privation d'eau ou à une fièvre préscorbutique par avitaminose, enfin à un trouble digestif banal (constipation, diarrhée chez un enfant nourri au lait de vache).

Il n'est pas jusqu'aux convulsions liées parfois à l'éruption dentaire qui ne soient pour le praticien l'occasion de faire d'utiles découvertes qui dicteront sa thérapeutique.

Si, en effet, dans les trois ou quatre premiers mois de la vie les convulsions relèvent de l'hérédosyphilis, par contre, après quatre mois, les convulsions, quand elles ne sont pas en rapport avec une maladie infectieuse grave (otite, méningite, fièvre éruptive, etc) évoluent souvent sur un terrain spécial présentant la diathèse spasmogène (MARFAN).

L'interrogatoire apprendra au médecin que l'enfant a déjà eu quelques accès de laryngospasme, quelques contractures spontanées des extrémités; il mettra en évidence cette spasmophilie en cherchant le signe de Chvostek ou une de ses variantes; il découvrira un rachitisme plus ou moins grave.

C'est dire combien à l'occasion de troubles rattachés à tort ou à raison à une éruption dentaire l'examen approfondi du petit malade peut être riche d'enseignements et que, très souvent, il apportera au médecin des raisons pour se méfier d'un diagnostic trop facile et étranger à la pathogénie du syndrome morbide.

Conclusions

De ce rapide exposé, forcément incomplet, nous tirons une conclusion : le médecin en présence d'un syndrome qu'on pourrait au premier abord étiqueter « fièvre de dent » doit, en règle générale, se méfier de ce diagnostic, ne l'admettre qu'avec une extrême réserve, après avoir éliminé, soit par l'examen clinique, soit par des examens complémentaires (cuti-réaction à la tuberculine, radioscopie, examen des urines, séro-diagnostic vis-à-vis des infections typhoïdes et paratyphoïdes, etc).

1) *Une adénoïdite*, en apparence si banale, mais si redoutable par ses complications (otite, mastoïdite, méningite).

2) *Une tuberculose en évolution* si importante pour l'avenir du petit malade.

3) *Une pyurie* qui aboutit quelquefois à l'athrepsie et à la mort.

4) *Une fièvre typhoïde ou paratyphoïde* si fréquente dans nos colonies africaines et si souvent mortelle.

5) *Une affection digestive banale*.

Ainsi, le médecin, en présence d'une fièvre indéterminée qu'on serait tenté d'attribuer à la dentition « s'obstinera d'abord à rechercher une infection »

(GRENET). C'est seulement, après avoir conduit son examen comme nous venons de l'indiquer, qu'il sera en droit de conclure à une fièvre de dent.

Il est en effet « indéniable que certains enfants ont, à l'occasion de chaque nouvelle dent, un accès de fièvre à 39° ou 40°, quelques troubles digestifs, des vomissements, une diarrhée légère, parfois une toux quinteuse; la gencive est rouge et tendue. Cela dure de un à trois jours. Brusquement tout cesse, la dent est sortie » (GRENET). Souvent même on a noté une légère réaction ganglionnaire sous-maxillaire, inflammatoire et banale.

Parfois, aussi, les accidents observés s'expliquent par « l'aggravation d'un état morbide préexistant » (MARFAN).

« Si l'éruption dentaire agissant seule, écrit MARFAN, n'est pas une cause efficiente de maladie, elle peut, surtout quand elle est difficile, aggraver une maladie préexistante ou mettre en activité une disposition morbide latente » : poussées aiguës d'eczéma chez les eczémateux, reprise des vomissements chez un enfant qui a de la tendance à vomir, etc; une élévation de température accompagnant souvent ces recrudescences.

C'est donc en clinicien averti que le médecin, soucieux de ne pas « passer à côté du diagnostic » n'attribuera à la fièvre de dent, après un examen méthodique du petit malade, que l'importance qu'elle mérite en tant que facteur morbide.

Bibliographie

MARFAN. — *Clinique des maladies de la première enfance*. t. I.

GRENET. — *Conférences cliniques de médecine infantile* (2^e série).

NOBÉCOURT. — *Précis de médecine des enfants*.

FREY (L.). — *Maladie de la bouche et des dents*.

HUREZ. — *Les maladies typhoïdes dans la petite enfance* (*La Pédiatrie pratique*, 15 janvier 1939).

VACHER-COLLOMB. — *Les pyuries du nourrisson* (*La Pédiatrie pratique*, 15 décembre 1938).

COMBES. — *Fièvres de croissance chez le tout jeune enfant* (*Thèse*, Paris, 1937).

VU : Le Président de la Thèse,

DALOUS.

VU : Le Doyen,

P. CORSE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 2 Février 1942.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

R. DELTHEIL.